FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis GOBRECHT

de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux

DE L'APPENDICITE GRIPPALE

Président : M. P. CARNOT, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, N.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-ONCLE

Monsieur BAILLEUX-ADRIEN

Chevalier de la Légion d'honneur

A MA CHÈRE MÈRE

A MA FEMME CHÉRIE

A MES SŒURS, PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur P. CARNOT

Professeur de Thérapeutique
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Tenon

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ LIBRE
DE LILLE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

DE L'APPENDICITE GRIPPALE

AVANT-PROPOS

L'observation de 3 cas d'appendicite survenant à la suite d'affection grippale, nous a conduit à étudier la question et à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

L'épidémie de 1918-1919 ayant été particulièrement étendue et riche en observations de tout genre, nous avions osé espérer que nous aurions pu trouver de nombreuses observations d'appendicite grippale dans les services hospitaliers que nous avons fréquentés ou près des maîtres que nous avons entretenus de la question. Nos efforts n'ont pas été couronnés de succès et il semblerait que si l'épidémie de 1889-1890 a été fertile en complications appendiculaires, comme l'affirme Faisans, celle de 1918-1919, riche en complications broncho-pulmonaires ne semble pas avoir eu de prédilection marquée pour l'appendice.

C'est la conclusion que nous tirerons d'une statistique portant sur 48 appendicectomies pratiquées dans le service du professeur Desmarest à l'hôpital Laënnec, durant la période d'août 1918 à juillet 1919.

Pendant ce temps, il y eut une recrudescence à peine marquée des appendicites observées, recrudescence très loin d'être proportionnée à l'intensité avec laquelle sévissait la grippe à cette époque.

Notre travail s'est borné en somme, à faire une revue générale de l'appendicite grippale, à en étudier la fréquence au cours de l'épidémie de 1918-1919, à ajouter aux observations déjà connues, six observations dont trois personnelles et inédites et trois autres dues à l'obligeance de M. le professeur agrégé Desmarest que nous remercions bien vivement d'avoir daigné mettre à notre disposition ses documents de Laënnec et de Lariboisière.

Nous remercions aussi le Dr Achard, interne des Hôpitaux de Paris, des conseils qu'il nous a prodigués pour l'élaboration de notre travail. Il fut pour nous un ami et un maître : nous l'assurons de toute notre reconnaissance.

Notre gratitude s'adresse également à tous nos maîtres qui, tant à Lille qu'à Paris, nous ont prodigué leurs conseils ; à tous ceux qui de près ou de loin, se sont intéressés à nous durant nos études ou durant les longues années de guerre.

Nous penserons toujours aussi aux amis du front dont nous avons partagé les fatigues et les joies, aux amis de nos années d'études. Quelques-uns ont été fauchés par la guerre, notamment ce brave Larivière, notre ami de régiment à Condé-sur-l'Escaut, mortellement frappé près de nous à Reims, sur les plaines de Bétheny.

HISTORIQUE

On a dit depuis longtemps que l'appendicite pouvait suivre une affection grippale. Après les complications des voies respiratoires, elle a été, avec l'otite, observée à la suite des grandes épidémies grippales qui, à plusieurs reprises, ont sévi sur l'espèce humaine.

Déjà en 1896, Jalaguier avait signalé l'appendicite dans la rougeole, la grippe, la variole, les oreillons et dans les maladies infectieuses, et il en faisait l'expression locale d'une maladie générale.

En 1897, Mercklen communiquait à la Société médicale des Hôpitaux trois cas d'appendicite consécutive à la grippe et établissait entre ces deux maladies une relation de cause à effet. A la même époque. Beaussenat, Gagnière et Simonin tiraient les mêmes conclusions.

En 1899, Faisans faisait à la même Société une communication qu'il intitulait « La véritable cause de l'appendicite ». « Je pose en principe, dit-il, que la grippe est la principale cause, la cause presque unique de l'appendicite ».

En même temps que cette notion d'infection dans

l'appendicite, venait s'ajouter la notion de contagion. Sonnenburg a étudié naguère deux de ces épidémies d'appendicite, l'une à Francfort-sur-le-Mein, l'autre à Berlin.

En 1899, Golubow avait observé dans un collège de Moscou une épidémie d'appendicite d'autant plus curieuse que, depuis plusieurs années, on n'en avait signalé aucun cas dans ce quartier et que l'apparition des premières crises suivit une épidémie de grippe.

En 1900, Thibaut, dans sa thèse, sous l'inspiration de Fiessinger, a étudié dans l'Ain une épidémie analogue.

Dans *le Bulletin médical* de 1901, Charpentier ajoutait cinq observations à celles que Lucas-Championnière présentait à l'Académie de Médecine, dans lesquelles semblait nettement établie la notion de contagion. Dans un régiment où sévisssit une épidémie de grippe grave, il observa en un mois 5 cas d'appendicite. Pendant la période des dix années précédentes, il n'y avait eu qu'un seul cas de périty-phlite.

Guinard raconte que dans une même famille il dut opérer consécutivement le père, la mère, les deux enfants et la femme de chambre pour des crises survenues au cours d'une grippe qui les avait frappés tour à tour.

Les relations entre l'appendicite et les maladies infectieuses, la grippe en particulier, semblaient donc établies par les faits cliniques. La cause de

l'appendicite pouvait ne pas être seulement hétérogène. A la théorie des corps étrangers s'ajoutait la théorie hématogène. Afin d'en mieux faire saisir le mécanisme, on a comparé l'appendice à l'amygdale. Ribbert, Beck, Sahli ont insisté sur les analogies de structure, de situation, de fonctions de ces deux productions lymphoïdes. Et on conçoit très bien que, par cette comparaison, des bactéries ayant pénétré dans le sang, puissent aller coloniser dans l'organe similaire en vertu du principe de l'organotropisme.

Cette conception pathogénique, purement hypothétique, demandait à être vérifiée par des faits expérimentaux.

Roux (de Lausanne) fit les premières tentatives pour provoquer des appendicites chez les animaux. Ses expériences n'eurent pas le résultat espéré. Tout au moins aboutirent-elles à ébranler la théorie du corps étranger qui ne suffit pas à provoquer une inflammation intestinale.

Ces expériences furent reprises par Roger et Josué en 1895. A la suite de ces expérimentations sur le lapin, qui feront plus loin l'objet d'un examen plus attentif, ils conclurent que l'appendicite était une lésion toxi-infectieuse.

Chastanet obtint des résultats analogues. Il fit de plus ingérer à des lapins des cultures microbiennes ; ces lapins furent atteints de diarrhée et l'autopsie montra des lésions appendiculaires.

D'autres expériences furent faites par Roger et Josué qui entreprirent l'étude des infections san-

guines. Ils injectèrent des microbes dans les veines des lapins et observèrent fréquemment des lésions appendiculaires.

Les recherches ultérieures d'Adrian (1901), de Ribadeau-Dumas et Harvier (1910), Charles Richet fils et Saint-Girons (1911), de Rosenow, de Méans, conduisirent aux mêmes résultats. Et plus près de nous encore, en 1912, Charles Richet fils, dans sa thèse inaugurale, nous a donné des idées très précises sur l'étiologie septicémique de l'appendicite,

Il était donc intéressant, après tous ces faits expérimentaux, de rechercher de nouveaux faits cliniques tirés de l'épidémie de grippe de 1918.

ÉTIOLOGIE

La grippe peut être une cause d'appendicite. Faisans la considère comme la cause presque unique de cette affection. Sans être aussi absolu, nous admettons qu'à une épidémie de grippe, peut correspondre une recrudescence des appendicites. Celles-ci ne sont pas toujours contemporaines de l'affection grippale et nous verrons que, dans les observations de Merklen, de Ch. Richet fils, dans deux de nos observations personnelles, l'appendicite a succédé à la grippe après une rémission nette de la température.

En 1913, dans ses leçons magistrales, le professeur Pierre Delbet enseignait que la courbe des appendicites augmentait avec la courbe des affections grippales.

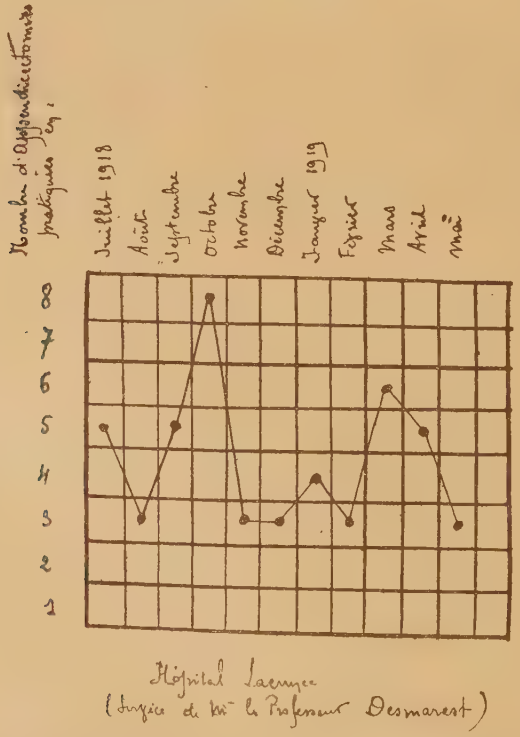
La littérature médicale possède d'autres exemples de cette coïncidence et nous pourrions citer l'épidémie simultanée de grippe et d'appendicite du 155e régiment d'infanterie rapportée par Charpentier, ou celle d'un régiment d'infanterie prussienne rapportée par Schültze.

Cependant au cours de la récente épidémie de 1918-1919, il ne semble pas que le nombre des appendicites ait considérablement augmenté. Nous ne pensons pas que l'on puisse parler d'épidémie d'appendicite, comme on a parlé d'épidémie grip-

pale. La grippe de 1918-1919 a été avant tout une maladie toxi-infectieuse, à complications pulmonaires. Il n'est pas signalé que cette complications appendiculaire ait été particulièrement fréquente.

Guidé par cette notion du professeur Delbet que la courbe de l'appendicite augmentait avec celle de grippe, nous avons voulu nous en rendre compte par des recherches personnelles que nous avons faites dans le service que dirigeait le professeur agrégé Desmarest à l'hôpital Laënnec.

Ces recherches ont porté sur 48 appendicectomies pratiquées de août 1918 à mai 1919. Le tableau que



nous avons dressé permet de voir qu'en octobre 1918,

et en mars 1919, il y eut une légère recrudescence des appendicites dans ce service. Or, ces deux périodes correspondent précisément à celles où la terrible épidémie atteignit son acmé (première période de octobre-novembre 1918, particulièrement meurtrière ; deuxième période, semaine du 16 février à mars 1919 où, dans l'agglomération parisienne il y eut 1894 décès pour 1457 la semaine précédente et 1687, la semaine suivante).

Behrend, de Chicago, a, de son côté, observé 8 cas d'appendicite aiguë compliquant la grippe et ces 8 cas se déclarèrent pendant que l'épidémie était à son apogée.

Constatons donc cette légère augmentation du nombre des appendicites durant la phase aiguë de la grippe. Mais, à notre avis, les déductions ne peuvent pas en être plus importantes. Il ne saurait être question d'affirmer que la grippe est toujours une cause d'appendicite, du moins pour l'épidémie de 1918-1919, comme le déduisait Faisans de ses observations pour l'épidémie de 1889-1890. A plus forte raison serait-il exagéré de parler d'épidémie appendiculaire.

Ce sont les mêmes conclusions que tirait Mercklen lorsque, à la séance du 18 juin 1919 de la Société médicale des Hôpitaux, il déclarait : « Il y a quelques années, on a incriminé la grippe parmi les causes marquantes d'appendicite. Il ne nous a pas paru que l'appendicite ait subi une recrudescence pendant et après l'épidémie actuelle. »

De ces diverses constatations, il semblerait que

certaines épidémies donneraient lieu, plutôt que d'autres, à la complication que nous envisageons. Celle de 1889 aurait été particulièrement féconde en appendicites. Celle de 1918 a eu surtout des complications pulmonaires et pleurales et n'a augmenté que dans de minimes proportions le nombre des appendicites.

PATHOGÉNIE

Par quel mécanisme se constitue l'appendicite ? Deux théories résument toutes les discussions, suivant qu'on invoque une infection locale ou une localisation appendiculaire d'une infection générale.

Distinguons donc une théorie entérogène et une théorie hématogène. Ces deux théories peuvent d'ailleurs se soutenir et se défendre. Nous n'insisterons pas sur la première, car il est logique d'admettre, pour l'appendice comme pour d'autres organes, que sous l'influence de « l'association microbienne » qui trouve dans la flore intestinale de multiples raisons d'exister, cet appendice puisse s'irriter, s'enflammer, profitant de la moindre cause occasionnelle. Ceci a d'ailleurs été magistralement démontré par les expériences de Roger et Josué.

Expériences de Roger et Josué en 1895

1° *Ligature de l'appendice avec injection dans sa cavité d'une culture virulente de coli bacilles.* — Résultats : 2 expériences sur des lapins : 2 morts par appendicite suppurée.

2° *Ligature simple de l'appendice.* — Résultats : il se produit dans les premiers jours qui suivent la ligature de l'appendice des foyers de nécroses en masse de la paroi, avec hémorragies interstitielles. La palpation de l'abdomen révèle l'existence d'une tumeur profonde plus ou moins volumineuse, plus ou moins consistante, siégeant à droite de la ligne médiane, et entourée par les anses intestinales. Lorsqu'on ouvre cette cavité chez les animaux sacrifiés, on trouve un pus blanc grisâtre, épais, contenant presque toujours des flocons purulents ;

3° *Rétrécissement de l'appendice.* — Le simple rétrécissement ne détermine aucune lésion notable.

4° *Introduction d'un corps étranger dans l'appendice.* — Pas de trouble. En général, les corps étrangers ont été rejetés dans l'intestin par les contractions des parois.

En résumé, un seul procédé expérimental permet de provoquer une appendicite, c'est la ligature complète de l'appendice. Il faut que le cul-de-sac soit transformé en un vase clos. La contre-expérience a d'ailleurs été tentée. Si, à un appendice ligaturé, on ouvre au dehors l'extrémité libre, c'est-à-dire si on pratique une fistule appendiculaire il ne se produit pas d'altération notable. Vient-on plus tard à oblitérer la fistule de façon à reproduire la cavité close, la suppuration se développe aussitôt. C'est donc la stase qui permet l'action des germes pyogènes. Ce ne sont pas les agents figurés qui agissent, ce sont leurs secrétions. Roger et Josué conclurent que les

microbes n'ont pas besoin de passer dans les parois de l'appendice ; il suffit que leurs toxines puissent y diffuser. Nous arrivons à considérer l'appendicite comme relevant des causes générales de la suppuration : c'est une lésion toxi-infectieuse.

Cette dernière conclusion de Roger et Josué conduit à l'étude de l'appendicite hématogène qui nous paraît la plus intéressante. Très souvent l'appendicite est observée à la suite d'injections de microbes dans les veines du lapin, Roger avec le pneumobacille de Friedlander, Josué avec des microbes provenant de l'intestin.

Dominici avec le bacille typhique, Gouget avec le staphylocoque, obtinrent soit des hémorragies parenchymateuses, soit de la folliculite. Les recherches ultérieures d'Adrian, de Ribadeau-Dumas et Harvier, de Charles Richet fils et Saint-Girons, de Mori aboutirent aux mêmes résultats. Les microbes les plus divers injectés dans les veines vont coloniser dans l'appendice. Pneumocoques, staphylocoques, streptocoques, colibacilles, bacilles typhiques, bacilles pyocyaniques, bacilles du charbon, aidés par la flore appendiculaire, provoquent invariablement dans cet organe les mêmes lésions ; gonflement des follicules, hémorragies punctiformes, parfois infiltrations hémorragiques diffuses et des points de nécrose.

On a trouvé du pneumocoque dans des appendicites pneumococciques (Talamon, Terrier, Lesné et Marre, Leroux, Triboulet) Kretz a étudié 14 appendicites suppurées, consécutives à des amygdalites.

Douze fois, il trouva le même streptocoque dans l'amygdale et dans l'appendice.

Pointon et Payne firent les mêmes expériences probantes avec le diplocoque qu'ils considèrent comme l'agent du rhumatisme articulaire.

Roger fit des constatations analogues au cours des mycoses expérimentales. C'est ainsi que sur 57 lapins inoculés dans les veines avec des cultures virulentes d'oïdium albicans, dix-sept fois il trouva des granulations dans la paroi de l'appendice.

De toutes ces expériences variées on peut tirer cette conclusion que les microbes les plus divers circulant dans le sang peuvent se localiser dans l'appendice et enflammer l'organe. L'appendicite peut être considérée comme une localisation d'une infection générale sur un organe lymphoïde. Cette question de localisation est d'ailleurs assez troublante.

Nous savons d'une part que l'appendice est un organe excessivement riche en tissu lymphoïde et que, d'autre part, les streptocoques qui ont pénétré accidentellement dans les amygdales, autre tissu lymphoïde, et s'y sont développés, ont acquis une prédilection pour les tissus lymphoïdes. Ceci constitue ce que l'on appelle l'organotropisme, ou l'électivité de certains microbes pour un tissu déterminé. En vertu de cette loi, ne serait-il pas logique d'admettre que le virus grippal auquel on s'accorde à donner comme repaire les voies respiratoires, et la salive comme agent de dissémination, après s'être fixé sur les tissus lymphoïdes du cavum ou du pha-

rynx qui sont souvent légèrement enflammés au début de la grippe, que ce virus aille se fixer ensuite sur le tissu lymphoïde de l'appendice et y déterminer une inflammation ?

Nous n'avons pas pu faire les mêmes recherches bactériologiques dans les observations que nous présentons. Cela manque à notre travail pour lui donner plus de valeur.

ÉTUDE CLINIQUE

I. — Appendicite et grippe simultanées

L'appendicite et la grippe peuvent débuter simultanément. C'est ce qui résulte de l'observation III de Mercklen, où l'appendicite a débuté avec toutes les apparences d'une grippe à localisation à la fois amygdalienne et intestinale.

Nous rapprocherions volontiers cette forme clinique du « Point de côté abdominal » de la pneumonie de l'enfant. Ce point de côté est parfois si localisé à la région de l'appendice, qu'il occasionne des méprises. Sans doute, dans ces cas, y a-t il erreur à ne pas voir la pneumonie, infection principale, mais peut-être n'y a-t-il pas erreur complète. Après ce que nous savons de la localisation microbienne sur l'appendice dans les infections générales, pourquoi ne serions-nous pas autorisés à admettre que dans ces pneumonies de l'enfance à streptocoques ou à pneumocoques, il se produit une petite localisation appendiculaire, simple degré de congestion du tissu lymphoïde, sans qu'il soit pour cela nécessaire d'envisager une appendicectomie. Cette hypothèse a

d'ailleurs été émise par Lesné et Ch. Richet, fils et récemment par Hall et Dyas, médecins du camp Logan.

C'est qu'en effet, ce point de côté a également été observé chez l'adulte grippé. Nous en rapportons une observation (obs. IX) dans laquelle l'appendicectomie a été pratiquée et l'examen macroscopique de l'organe enlevé n'a rien révélé. La malade ayant été opérée dans les douze heures, les lésions microscopiques n'ont-elles pas eu le temps nécessaire pour évoluer et devenir macroscopiques ? Ou s'agit-il simplement d'un de ces points de côté abdominaux dont nous venons de parler et qui ait fait songer à une intervention urgente ? Nous le croyons pour notre part. Il est peu vraisemblable en effet qu'une appendicite à débuts bruyants, tels que ceux qui ont été observés chez notre malade, ne se soit pas accompagnée au moins d'un appendice légèrement enflammé, ayant franchi déjà les tout premiers stades de l'inflammation.

II. — Appendicite consécutive à la Grippe

Dans une seconde forme clinique, l'appendicite apparaît trois ou quatre jours après le début de la grippe. C'est la forme la plus commune. Cela ressort des observations (I et II de Merklen) (IV, V, VI de Ch. Richet, fils). Il en est ainsi également dans nos observations VII, VIII, X, XI, XII. Nous insistons

particulièrement sur l'observation VII, où les débuts cliniques ont nettement une allure grippale. Puis la fièvre tombe à 37 degrés et le lendemain, nouvelle ascension thermique à 38°2, correspondant à un point appendiculaire marqué.

III. — Appendicite bénigne

Cette forme d'appendicite aiguë à évolution bénigne est le plus souvent consécutive à la grippe et est par conséquent très fréquente. Dübs (de Winterthur) a observé dans son service plusieurs cas d'appendicites grippales. L'appendicectomie ne révéla qu'une inflammation catarrhale banale très légère de l'appendicite.

Au camp Logan, Hall et Dyas opérèrent 92 appendicites grippales. Sur ce nombre on compte 54 cas aigus, 15 suppurés et 23 cas d'appendicite chronique à poussée subaiguë. Les cas aigus entrent donc dans cette statistique pour plus de 50 o/o.

Parmi les observations inédites que nous rapportons, deux d'entr'elles nous montrent une appendicite aiguë, trois autres, une appendicite d'allure plus chronique. Toutes ont des antécédents grippaux plus ou moins éloignés.

IV. — Appendicite suppurée

Cette forme peut se rencontrer. Au camp Logan, il y eut 15 cas suppurés.

Behrend a observé 8 cas d'appendicite aiguë, 3 de ces cas furent opérés. Il s'agissait d'appendicites suppurées. Dans 1 cas, il y avait perforation de l'appendice ; dans les 2 autres, l'appendice contenait du pus. Ces 8 cas se déclarèrent pendant que l'épidémie était à son apogée. Chez tous ces malades, l'appendicite ne se manifesta pas, en moyenne, avant le quatrième jour de la grippe.

En résumé, l'appendice peut être plus ou moins touché. C'est une question de degrés, depuis le simple « point de côté » jusqu'à l'appendicite perforée. Si l'on a observé des formes graves, suppurées, pouvant entraîner la mort, celles-ci ne furent pas les plus nombreuses et la forme simple, bénigne, fut la plus communément observée.

DIAGNOSTIC

La facilité du diagnostic varie avec les diverses formes cliniques que nous venons d'envisager.

1° Appendicite et grippe simultanées

Le diagnostic n'est pas toujours aisé. Au milieu de l'infection générale, le malade accuse un point de côté plus ou moins localisé au Mac Burney.

S'agit-il du simple point de côté ? Les phénomènes abdominaux seront peu accentués ; il y aura surtout moins de réaction de défense du côté de la paroi.

S'agit-il d'une lésion appendiculaire grave ? Les phénomènes péritonéaux seront plus marqués, la fièvre plus élevée que dans la grippe simple ; et si l'on temporise, peut-être aboutira-t-on à une dissociation entre le pouls et la température, dissociation qui aidera au diagnostic.

Il ne faudrait pas confondre davantage une pneumonie grippale au début avec une appendicite. Le point de « côté abdominal » semblable à celui de l'enfant pourrait induire en erreur. Ici, il est des signes qui pourront aider à faire le diagnostic diffé-

rentiel. C'est l'existence de symptômes plus pulmonaires qu'abdominaux : accélération des mouvements respiratoires et battement des ailes du nez : signes qui ne s'observent pas dans l'appendicite.

2° Appendicite consécutive à la grippe

Le diagnostic est plus aisé. C'est celui de l'appendicite survenant après une rémission manifeste de la température et des symptômes généraux d'infection grippale (obs. VII et VIII).

TRAITEMENT

Il faut traiter à la fois la grippe et l'appendicite.

1° La grippe

Par la médication révulsive (ventouses, enveloppements froids du thorax).

Par les médications colloïdales, antiseptique et biologique (sérothérapie si on soupçonne le pneumocoque ou le streptocoque).

2° L'appendicite

Par le repos, la glace, la diète absolue, les opiacés avec proscription de toute purgation et de toute ingestion médicamenteuse.

Faut-il opérer ?

Nous ne croyons l'intervention nécessaire que si l'appendicite paraît nettement établie avec phénomènes péritonéaux graves. En dehors de ce cas, où somme toute, on tente une ultime chance de salut, mieux vaut temporiser, instituer le traitement médical et essayer de refroidir la crise appendiculaire.

Au surplus, l'opération pratiquée en temps d'épidémie, au milieu d'une atmosphère surchargée de virus contagieux, n'est pas sans danger, comme le démontrait dernièrement dans *la Presse médicale* le professeur J. L. Faure.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Résumée)
(Merklen)

Paul X..., dix-neuf ans, a été pris dans la nuit du 22 janvier 1897 de douleurs violentes dans le côté droit du ventre avec frissons et vomissements répétés. Douleur exagérée par la pression au point de Mac-Burney. Pas de fièvre. Aucun empâtement. Cette douleur diminua et disparut quatre jours après. Le diagnostic d'appendicite fut porté. Dans les antécédents on apprenait que deux jours avant, le malade s'était réveillé avec un violent mal de gorge. L'après-midi, frissons et courbature, céphalalgie, anorexie. Le lendemain, se sentant mieux, il prit ses repas habituels et se coucha.

C'est quelques heures après que se manifestèrent les douleurs appendiculaires.

OBSERVATION II (Résumée)
(Merklen)

Georges..., jeune licéen de treize ans, atteint le 3 janvier d'un coryza avec état grippal. Le coryza est suivi de toux, mais sans fièvre.

Le 8, la toux augmente. Le 10, après son dîner quelques douleurs dans le ventre. Le 11 à 10 heures, coliques très violentes accompagnées de vomissements. Puis la douleur généralisée, se localise au côté droit, au Mac-Burney. Pas de fièvre. Pouls à 72. Guérison.

OBSERVATION III (Résumée)

(Merklen)

Alphonse, trois ans, est ramené de Carpentras le 10 février avec une appendicite compliquée d'un abcès périappendiculaire qui s'était spontanément ouvert dans le rectum. L'appendicite avait débuté aux environs du 25 janvier avec toutes les apparences d'une grippe à localisation à la fois amygdalienne et intestinale.

OBSERVATION IV (Résumée)

(Charles Richet fils)

B..., dix-neuf ans, infirmière à Cochin est souffrante. Depuis dix jours, elle est grippée (coryza, catharre des voies respiratoires supérieures, fatigue générale, céphalée).

Dans la nuit du dixième jour de la maladie, point de côté abdominal avec localisation dans la région de Mac-Burney et vomissements quinze à vingt-cinq fois dans la nuit. Transportée dans le service de M. Chauffard puis dans celui de M. Schwartz où elle eut une nouvelle crise.

L'opération, cinq semaines après, montra une appendicite avec maximum de lésions dans la couche sous-muqueuse.

OBSERVATION V (Résumée)

(Charles Richet fils)

Y..., vingt ans, domestique, syphilitique secondaire (collier de Vénus et Wassermann positif) dans le service de M. Chauffart pour la grippe. La grippe est évidente : la température est à 38 degrés, la lassitude est générale. Coryza, otite uni puis bilatérale ; la palpation abdominale décèle un point de Mac-Burney : le toucher vaginal et le toucher rectal montrent que c'est bien l'appendice qui est douloureux. Les jours suivants, la douleur s'exagère sans cependant aboutir à la péritonite. La guérison ne survient de façon complète qu'au bout de quatre semaines.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Charles Richet fils)

Z..., dix-sept ans, adénoïdien, entre dans le service de M. Rénon, pour otite et appendicite. Depuis une quinzaine de jours, il est atteint de pharyngite, quand en même temps semble-t-il, trois jours avant son entrée apparurent, otite et appendicite.

L'otite fut grave et compliquée de mastoïdite. L'appendicite au contraire, bien que non discutable, fut des plus bénignes.

L'hémoculture faite tardivement ne permit pas de préciser l'agent causal.

OBSERVATION VII (Inédite)

H... Louise, vingt-trois ans, est atteinte brusquement le 16 novembre 1918 de malaises généraux. Courbature, rachialgie, céphalalgie, frissons, nausées, vertiges.

Le 16, soir, température 38 degrés. Pouls : 100.

Le 17, matin, température 38 degrés, soir 38°1. Pouls : 100. Même état, facies grippé. Léger catarrhe trachéo-bronchique. Sibilances.

Pas de signes pleuro-pulmonaires.

Bon état général.

Le 18, matin, température 37°5, soir 37°2.

Légère amélioration. La malade a dormi et est moins courbaturée. Rien à l'auscultation.

Le 19, matin, température 37 degrés. Bon état.

Le soir, vers 19 heures, ascension thermique brusque à 38°2. En même temps, la malade accuse une douleur nette, aiguë au point de Mac-Burney, avec réaction de défense de la paroi, nausées, vomissements. Aucune crise appendiculaire antérieure.

Le diagnostic d'appendicite est porté. Diète absolue et glace sur l'abdomen.

Durant trois jours, la température se maintint encore aux environs de 38 degrés ; mais les phénomènes s'amendèrent bientôt et la température tombait à 37 degrés.

Appendicectomie le 27 décembre par le Dr Achard.

Aucun incident. Suites normales. Guérison.

Examen de l'appendice. — Appendice long et un peu gros.

OBSERVATION VIII (personnelle et inédite).

A... B., trente-cinq ans, médecin aide-major de 1re classe, est atteint du 20 au 28 octobre 1918 de grippe avec température oscillant entre 38 degrés et 39°5. Courbature générale, photophobie. Céphalalgie. Signes d'infection généralisée. Aucune localisation.

Le 28, la température tombe. Il ne subsiste qu'une faiblesse extrême, la faiblesse observée chez les grands grippés et une sensibilité, déjà préexistante, mais qui s'est accrue, de tout le côlon.

Après sa convalescence, notre malade retourne à l'H. O. E 5/2, vers le 12 novembre. Il y soigne lui-même des grippés, les uns avec complications mortelles.

Le 15 décembre, il part à Lille en permission de trois jours. C'est durant son retour, le 19, que dans le train, il est atteint d'une crise typique d'appendicite. Il éprouve de violentes coliques, s'accompagnant de pâleur de la face, état lipothymique, pas de vomissements. Aucune crise appendiculaire antérieure.

A son arrivée à Paris, le malade est examiné. Température 38°5. Douleur localisée au Mac-Burney. Dilatation cœcale. Constipation. Dysurie.

Aussitôt hospitalisé, glace et opiacés. Après huit jours de traitement, la crise est refroidie.

Appendicectomie le 3 janvier 1919 par M. le professeur Desmarest. Aucun incident. Suites normales. Guérison.

L'appendice était bas situé, expliquant la dysurie. Il était gros et hyperplasié.

Dans ce cas, il est vraisemblable que l'infection grippale survenant chez un malade dont l'instestin était déjà sensibilisé, a largement contribué à exagérer cette sensibilité, en exaltant la virulence microbienne et s'est finalement fixée sur l'appendice.

OBSERVATION IX (personnelle et inédite).

Marie X..., servante, est atteinte le 11 novembre 1918, en période d'épidémie grippale, de courbatures généralisées. Céphalalgie, rachialgie, nausées. Température 39 degrés.

Le soir, point de côté brusque au Mac-Burney. Ventre contracturé. Vomissements. Un chirurgien consulté, diagnostique une appendicite aiguë et conclut à l'urgence de l'opération. La malade est transportée à Baujon et opérée le lendemain matin, dans les douze heures.

Opération normale. Quarante-huit heures après, mort par broncho-pneumonie.

Examen macroscopique de l'appendice.—Rien d'anormal.

L'examen microscopique n'a pu être pratiqué. Etant donné cette absence de lésions, il est permis de penser qu'il s'agissait du point de côté abdominal si fréquent au début des complications pulmonaires de la grippe.

OBSERVATION X (inédite).

(Prise dans le service du professeur Desmarest à Lariboisière).

Mlle Eva F..., dix-neuf ans, femme de chambre entre le 23 mai 1911 pour douleur dans le côté droit du ventre.

Antécédents. — Réglée à seize aus. Règles irrégulières, peu abondantes, sans caillots, douloureuses.

Pertes blanches, jaunâtres, épaisses.

Rien aux annexes.

A eu la grippe en mars 1919.

Depuis toujours, la malade a souffert du côté gauche du ventre, dans la fosse iliaque gauche. Mais en octobre 1918, les douleurs du côté droit se sont ajoutées à l'état précédent. Vomissements, constipation. Un médecin diagnostique une appendicite. La malade n'a eu cependant aucune vraie crise. Cet état se continue. Depuis trois semaines, deux vomissements de bile.

Examen. — Flanc droit douloureux au Mac-Burney.

Percussion : Sonorité partout.

Le 26, appendicectomie. Gros appendice blanc un peu long, sans adhérences. Suites normales.

Laboratoire : hyperplasie folliculaire (follicules à centres clairs), couche fibreuse sous-péritonéale un peu épaissie.

En résumé : légère poussée aiguë sur un appendice un peu fibreux. Ici encore il est possible que cette poussée aiguë ait été provoquée par l'atteinte grippale remontant à quelques semaines et ayant exercé une action locale sur un appendice déjà sensibilisé.

OBSERVATION XI (Inédite)

(Prise dans le service du professeur Desmarest (Lariboisière).

Lucie H..., vingt-sept ans, sténo-dactylo, entre à Lariboisière le 28 mars 1919 pour douleurs abdominales.

On note des grippes fréquentes dans ses antécédents personnels.

Le 7 septembre 1918, douleurs dans le bas-ventre, du côté droit, par intermittences. Ni vomissement ni fièvre.

Le 6 février 1919, crises douloureuses violentes du côté droit avec vomissements alimentaires.

Diagnostic après examen : appendicite et salpingite bacillaire bilatérale.

Appendicectomie (ascite enkystée) trompes bacillaires.

Laboratoire : appendice avec infiltrations lymphoïdes diffuses dans la sous-muqueuse traduisant une légère réaction aiguë.

Méso-appendice : deux nodules tuberculeux typiques (cellules géantes).

Malgré les nombreuses atteintes grippales antérieures, nous ne pouvons affirmer que la grippe ait ici déterminé la poussée aiguë de l'appendicite, étant donné la présence de trompes bacillaires et de cellules géantes dans le méso-appendice.

Cette observation n'a donc pour nous qu'une valeur très relative.

OBSERVATION XII (Inédite)

(Prise dans le service du professeur Desmarest à Lariboisière).

Eugène W..., bonne, vingt ans, entre le 14 mars 1919 avec le diagnostic d'appendicite chronique.

Première crise en 1914.

Deuxième crise en juillet 1916.

Grippe depuis quinze jours avec douleurs abdominales plus marquées.

Appendicectomie le 31 mars après quinze jours de repos au lit et de traitement médical. Suites normales. Guérison.

Ici encore l'attaque grippale semble avoir réveillé les crises appendiculaires antérieures.

CONCLUSIONS

I. — L'appendicite peut être une complication de la grippe.

II. — Elle ne semble pas avoir été particulièrement fréquente pendant ou après l'épidémie de grippe de 1918-1919.

III. — Elle survient le plus souvent après une rémission de la température et des symptômes grippaux.

IV. — Il ne faut pas se hâter de diagnostiquer une appendicite, alors qu'il n'y a peut-être qu'un simple « point de côté abdominal », analogue à celui de l'enfant dans la pneumonie.

V. — Traiter à la fois la grippe et l'appendicite.

VI. — Ne pas se hâter d'opérer, surtout en milieu infecté par l'épidémie.

Le Président de la thèse :
P. CARNOT

Le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Beaussenat. — Appendicites expérimentales. Thèse Paris, 1896 (Bulletin Soc. Anat. Paris, 5 fév. 1897).

Behrend. — Surgery. Gynæcologie and obstetrics (Chicago. Tome XXVIII, n° 6 juin 1919).

Charpentier. — Bulletin médical, 1901.

Delbet (Pierre). — Leçons magistrales, 1913.

Dieulafoy. — Pathologie interne : Art. Appendicite.

Dubs (de Winterthur). — Sur quelques complications de la grippe.

Faisans. — « La véritable cause de l'appendicite » (Soc. méd. des Hôp., 24 mars 1899, p. 335).

Faure (J.-L.). — Presse médicale, août 1919.

Gagnière. — « Grippe et Appendicite » (Gaz. des hôp., 1899, p. 1181).

Golubow. — De l'Appendicite considérée comme maladie infectieuse et épidémique (Berl. Klin. Woche, 4 janv. 1907).

Gouget. — Appendicite folliculaire par pyémie expérimentale (Soc. de Biol., 8 juillet 1899, p. 631. Communication à la Soc. méd. des Hôp., 16 mars 1919).

Hall et Dyas. — L'appendicite séquelle de la grippe et de pneumonie au camp de Logan (Press. méd., mai 1919).

Jalaguier. — Traité de Chirurgie : Art. Appendicite.

Josué. — Appendicites expérimentales par injection sanguine (Soc. de Biol., 13 mars 1897, p. 280).

Kretz. — Ueber Appendicitis (Zeit. f. Heilkunde, 1908).

Lucas-Championnière. — Commun. à l'Acad. de méd.

Méans. — Experimental Appendicitis (The Archives of Internal Medicine, 15 may 1917, p. 709-749).

Merklen. — Appendicites grippales (Communication à la Soc. méd. des Hôp., 19 mars 1897).

— Communication à la Soc. méd. des Hôp., 13 juin 1919.

Richet fils (Ch.) et Saint-Girons. — De l'élimination bactérienne par la muqueuse gastro-intestinale dans les septicémies expérimentales (Compte rendu Soc. de Biol., 23 déc. 1917).

Richet fils (Ch.). — Etude clinique et expérimentale des entérites. Thèse Paris, 1912.

Roger et Josué. — Recherches expérimentales sur l'Appendicite (Revue de médecine, juin 1896).

— Appendicites expérimentales (Soc. de Biol., 8 juillet 1899, p. 631).

— Appendicites expérimentales (Soc méd. des Hôp., 31 janvier 1896).

Roger. — Les maladies infectieuses. Paris, 1902, p. 350-358.

— Alimentation et digestion. Paris, 1907, p. 478-497.

— Cours de pathologie expérimentale, janvier 1919.

— Action du bacille de Friedlander sur le lapin (Soc. de Biol., 20 janvier 1894, p. 42).

Rosenow. — The bacteriology of appendicitis and its production by intravenous injection of streptococci and colon bacilli (Journ. of inf. diseases. March. 1915, p. 246).

Simonin. — Manifestations appendiculaires au cours de quelques maladies infectieuses (Bull. Soc. méd. des Hôp., 27 déc. 1901).

Thibaut. — Thèse 1900.

Presse médicale (1er mai 1919) : Les Appendicites hématogènes.

Journal médical Français, nº de janvier 1919 : La Grippe.

Impr. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 4412-19